

УДК 616.366-002

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ГЕРИАТРИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Н. И. Глушков^{1,2}, К. Н. Мовчан^{1,3}, Т. Л. Горшенин^{1,2}, Г. С. Гугалев^{1,2},
К. В. Семенцов¹, М. Б. Кветный¹, А. В. Андрусенко¹, М. М. Ярцев^{1,3}

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

² Госпиталь для ветеранов войн, Санкт-Петербург, Россия

³ Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ. Эффективность оказания медицинской помощи людям, возраст которых превышает 60 лет, значительно отличается от таковой среди менее возрастных когорт населения во всех странах. Важное значение это имеет при обследовании долгожителей, больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, с учетом неоднозначности данных, приводимых многими специалистами о больных так называемых острым животом для практической хирургической деятельности. Особенно интересны сведения о результатах оказания медицинской помощи долгожителям, больным острым холециститом. Цель исследования – оценить результаты обследования и лечения долгожителей, госпитализируемых по поводу ОХ в многопрофильные медицинские организации, в которых гериатрическая помощь предоставляется лицензионно. Представлены результаты обследования и лечения 79 пациентов СПбГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн» в 2015 по 2022 гг. по поводу острого холецистита. Все больные – долгожители, их возраст превышал 90 лет. Сведения о каждом больном стереотипно заносились в базу данных (Х1-формат) по определенным рубрикам, отражающим типовые алгоритмы клинической деятельности. Цифровые параметры каждой из рубрик подвергались целенаправленному статистическому анализу с учетом общепризнанных критериев оценки результатов и качества оказания медицинской помощи, предоставляемой больным острым холециститом. При анализе особенностей обследования и результатов лечения пациентов так называемой возрастной когорты населения установлено: острый холецистит – нередкая патология, наблюдаемая у долгожителей; у пациентов старших возрастных групп преобладают случаи калькулезных форм заболевания; диагностика острого холецистита у долгожителей характеризуется определенными трудностями; выполнение операций по причине острого холецистита пациентам, возраст которых превышает 90 лет, сопряжено со значительным риском послеоперационных осложнений, что обуславливает высокие показатели летальности. Долгожители, больные острым холециститом, составляют особую группу пациентов, которым оказание медицинской помощи целесообразно осуществлять в многопрофильных медицинских организациях, специалисты которых обладают необходимыми компетенциями в геронтологии и гериатрии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острый холецистит, хирургическое лечение, обследование, специализированный стационар, долгожители

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Глушков Н. И., Мовчан К. Н., Горшенин Т. Л., Гугалев Г. С., Семенцов К. В., Кветный М. Б., Андрусенко А. В., Ярцев М. М. Особенности обследования и лечения в многопрофильном гериатрическом учреждении долгожителей, больных острым холециститом. *Российский хирургический журнал*. 2025;1(1): 33–39.

FEATURES OF EXAMINATION AND TREATMENT IN A MULTIDISCIPLINARY GERIATRIC INSTITUTION FOR CENTENARIANS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

N. I. Glushkov^{1,2}, K. N. Movchan^{1,3}, T. L. Gorshenin^{1,2}, G. S. Gugalev^{1,2}, K. V. Sementsov¹,
M. B. Kvetniy¹, A. V. Andrusenko¹, M. M. Yartsev^{1,3}

¹ North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov of Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

² Hospital for War Veterans, St. Petersburg, Russia

³ Medical Information and Analytical Center, St. Petersburg, Russia

ABSTRACT. The effectiveness of medical care for people over the age of 60 differs significantly from that among younger cohorts of the population in all countries and on all continents of the world. This is important in the examination of centenarians with acute surgical diseases of the abdominal cavity, taking into account the ambiguity of the data provided by many specialists on patients with so-called acute abdomen for practical surgical activity. Information about the results of medical care for centenarians with acute cholecystitis is particularly interesting. To evaluate the results of the examination and treatment of centenarians hospitalized for acute cholecystitis in multidisciplinary medical organizations where geriatric care is licensed. Results of the examination and treatment of 79 patients of the St. Petersburg State Medical University "War Veterans Hospital" in 2015–2022 for acute cholecystitis are presented. All patients are long-lived, their age exceeded 90 years. Information about each patient was stereotypically entered into a database (Xl-format) under certain headings reflecting typical algorithms of clinical activity. The digital parameters of each of the headings were subjected to a targeted statistical analysis, taking into account generally recognized criteria for evaluating the results and quality of medical care provided to patients with acute cholecystitis. When analyzing the examination features and treatment results of patients of the so-called age cohort of the population, it was found that acute cholecystitis is not a rare pathology observed in centenarians; cases of calculous forms of the disease prevail in patients of older age groups; diagnosis of acute cholecystitis in centenarians is characterized by certain difficulties; performing operations due to acute cholecystitis in patients over 90 years of age is associated with significant risk of postoperative complications, which, in turn, leads to high mortality rates. Centenarians with acute cholecystitis make up a special group of patients for whom it is advisable to provide medical care in multidisciplinary medical organizations, specialists who have the necessary competencies in gerontology and geriatrics.

KEYWORDS: *acute cholecystitis, surgical treatment, examination, specialized hospital, long-livers*

FOR CITATION: Glushkov N. I., Movchan K. N., Gorshenin T. L., Gugalev G. S., Sementsov K. V., Kvetniy M. B., Andrusenko A. V., Yartsev M. M. Features of examination and treatment in a multidisciplinary geriatric institution for centenarians with acute cholecystitis. *Russian Surgical Journal*. 2025;1(1):33–39 (In Russ.).

Введение

По данным специалистов ООН [1], численность контингента жителей мира, возраст которых превышает 65 лет, в 1990 г. составляла 328 млн, а в 2020 г. этот показатель достиг 728 млн человек. Ожидается, что к 2030 г. количественный параметр данного страта жителей Земли превысит 997 млн человек, а к 2050 г. он достигнет 1549 млн. Результаты лечения больных, относимых к старшим возрастным когортам, заметно отличаются от таковых при оказании медицинской помощи (МедП) пациентам молодого и зрелого возраста [2–4]. Согласно классификации ВОЗ, людей, возраст которых превышает 90 лет, принято относить к долгожителям [5]. С одной стороны, долгожители обладают высоким потенциалом здоровья, сохраняющегося многие годы даже в неоднозначных условиях ведения современного образа жизни. С другой, – продолжительная жизнь сопряжена с ослаблением функциональной состоятельности органов иммунной и эндокринной систем, формированием полиморбидности, изменениями в психоэмоциональном статусе и повышением порога болевой чувствительности [6]. Данные обстоятельства определяют некоторые сложности на этапе постановки диагноза и выбора тактики лечения, усугубляя неблагоприятные варианты течения, что привлекает особое внимание к новаторским подходам в оказании долгожителям МедП как плановой, так и неотложной [4, 7].

Увеличение численности контингента пациентов старших возрастных групп, вынуждено подвергающихся неотложным хирургическим вмешательствам по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, в совокупности составляющих понятие «острый живот», очевидно [2, 4]. Особое внимание при оказании МедП представляют случаи острого холецистита (ОХ) [4, 7]. Показатель послеоперационной летальности при данной нозологии желчного пузыря относительно невысокий [3]. Однако в когорте больных пожилого и старческого возраста этот статистический параметр достигает 27 % [4].

С учетом неоднозначности данных приводимых в источниках научной литературы о соблюдении мер безопас-

ности оказания помощи при верификации ОХ, изучение особенностей течения данного заболевания (с учетом оценки качества лечения больных, возраст которых превышает 90 лет), важно для поиска оптимальных путей достижения надлежащей МедП и уровня ее организации для людей, относимых к долгожителям.

Материалы и методы

Основу клинических наблюдений исследования составили данные о 285 пациентах Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн (ГВВ). Возраст пациентов превышал 90 лет (долгожители). Больные госпитализированы в 2015–2022 гг. У всех верифицирована патология органов брюшной полости, учитываемая в структуре семи основных групп заболеваний, синдромально определяемых как «острый живот». Численность долгожителей, госпитализированных в ГВВ в связи с ОХ, составила 79 человек (27,7 %). Среди пациентов ГВВ собраны также данные о 598 пациентах зрелого трудоспособного возраста – 18–60 лет (группа контроля), в которой случаи ОХ верифицированы у 157 больных – 26,3 %. По гендерному признаку в группе долгожителей, больных ОХ, преобладали женщины – (75,9 %), тогда как в группе пациентов зрелого трудоспособного возраста показатели численности мужчин и женщин были почти идентичными (78 и 79 человек соответственно).

В приемном отделении ГВВ при подозрении на ОХ выполнялись клинические и биохимические исследования крови, общий анализ мочи, обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей, а также ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Тяжесть течения ОХ оценивали по критериям Токийского соглашения – TG13 [8].

Статистическую обработку данных осуществляли, используя программы Statistica 7.0 for Windows и Microsoft Excel. Анализ достоверности различия средних величин проведен по критерию Стьюдента (*t*-критерий), оценка сопряженности качественных признаков – с использованием критерия Пирсона χ^2 . Статистически значимыми считали результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В структуре заболеваний острых хирургических заболеваний органов брюшной полости наблюдения ОХ среди

пациентов зрелого трудоспособного возраста (18–60 лет) составили вторую позицию, уступая первое место случаям острого панкреатита, тогда как в группе долгожителей случаи ОХ занимали топовую позицию (табл. 1).

Таблица 1. Распределение случаев ОХ в группах нозологий острого живота, наблюдаемых у пациентов ГВВ в 2015–2022 гг. с учетом возраста больных

Нозологии «острый живот»	Число наблюдений пациентов, %	
	90 лет и более	18–60 лет
Острый холецистит	79 (27,7)	157 (26,3)
Острый панкреатит	77 (27,0)	164 (27,4)
Острая кишечная непроходимость	47 (16,5)	14 (2,3)
Острые кровотечения из язв желудка и 12 п.к.	31 (10,9)	58 (9,7)
Ущемленная грыжа	27 (9,5)	47 (7,9)
Перфоративная язва желудка и 12 п.к.	15 (5,2)	5 (0,8)
Острый аппендицит	9 (3,2)	153 (25,4)
Всего	285 (100)	598 (100)

Что касается частных параметров, отражающих результаты оказания МедП долгожителям, госпитализированным по поводу ОХ, то показатель летальности в этой группе больных составил 26,6 % – 21 человек (среди пациентов зрелого трудоспособного возраста случаи смерти не отмечены).

У долгожителей, больных ОХ, отягощенность сопутствующими заболеваниями отмечена в 100 % случаев: наиболее часто – патологией сердечно-сосудистой и нервной систем по 79 человек (100 %). У всех пациентов наблюдалось одновременное сочетание более пяти сопутствующих заболеваний. В связи с этим, при обследовании долгожителей требуются особое внимание и настороженность медработников. У этой когорты населения наиболее часто наблюдались сочетания: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, цереброваскулярная болезнь, дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, остеоартроз крупных суставов, сенильный остеопороз, дивертикулярная болезнь ободочной кишки. Показатели индекса Charlson варьировали от 6 до 16, составив в среднем 11,4.

В большинстве наблюдений при анализе данных о результатах оказания МедП долгожителям с ОХ констатировалась поздняя госпитализация пациентов: в 60 случаях (76 %) больные поступили в ГВВ в сроки, превышающие 24 ч от начала заболевания, а 12 пациентов (15,2 %) оказались доставленными в стационар позже шести суток от времени обращения к медработникам первого контакта. В 78 наблюдениях (98,7 %) пациенты поступали в ГВВ в экстренном порядке. Лишь в одном случае клинические проявления патологических изменений в желчном пузыре по типу ОХ выявлены у больного, уже пребывавшего в ГВВ и проходящего лечение в связи с другим (сопутствующим) заболеванием. Обращает на себя внимание, что 15 (18,9 %) пациентов (почти каждый пятый долгожитель с проявлени-

ями ОХ) из приемного покоя госпитализированы не в хирургические отделения ГВВ, так как на этапе обследования при поступлении в госпиталь ОХ не был идентифицирован. Это не случайно, так как типичная клиническая картина ОХ с манифестацией заболевания выраженными болями, локализующимися в верхних отделах живота, в правом подреберье, а также напряжением мышц передней брюшной стенки с положительными симптомами Мерфи, Грекова – Ортнера при обследовании долгожителей отмечалась лишь в 26 (32,9 %) случаях.

У 17 долгожителей (21,5 %) сбор данных о жалобах пациентов и сведений анамнезов затруднялся вследствие выраженного когнитивного дефицита. При поступлении в ГВВ общее состояние долгожителей больных ОХ расценено как средней степени тяжести в 62 случаях (78,5 %), тяжелое – 15 (18,9 %), крайне тяжелое – 2 (2,6 %).

Желчнокаменная болезнь как причина индукции острого воспалительного процесса в желчном пузыре констатирована в 72 случаях (91,1 %). У 21 пациента (29,1 %) желчнокаменная болезнь выявлялась 10 и более лет назад, а 9 человек (12,5 %) страдали холелитиазом более 20 лет. Бескаменный холецистит выявлен у семи больных (8,9 %).

Согласно Токийского соглашения (TG13) международной группы хирургов [8], среди наблюдений ОХ у долгожителей случаи легкой степени тяжести процесса выявлены у 4 пациентов (5,1 %), средней – 40 (50,6 %), тяжелой – 35 (44,3 %). В трех случаях (3,8 %) диагноз ОХ у долгожителей констатирован лишь посмертно, что связано с краткосрочным пребыванием пациентов в ГВВ (в первом случае – показатель досрочной летальности, а в двух наблюдениях заболевание протекало со стертой клинической картиной и атипичными проявлениями). В 50 случаях (63,3 %) ОХ сопровождался осложнениями. Наиболее частыми осложнениями оказывались холедохолитиаз – 16 (20,3 %) и перивезикальный абсцесс – 10 (12,7 %) (табл. 2).

Таблица 2. Распределение наблюдений ОХ, верифицированного у долгожителей с учетом осложнений заболевания

Осложнения острого холецистита	Число наблюдений ОХ, %		Всего (n = 79), %
	Индукцированного желчнокаменной болезнью (n = 72)	Бескаменного (n = 7)	
Механическая желтуха	6 (8,3)	–	6 (7,6)
Холангит	5 (6,9)	–	5 (6,4)
Перивезикальный абсцесс	9 (12,5)	2 (28,6)	11 (13,9)
Перитонит	6 (8,3)	1 (14,3)	7 (8,8)
Синдром Мириizzi	1 (1,4)	–	1 (1,3)
Холедохолитиаз	16 (22,2)	–	16 (20,3)
Сепсис	3 (4,2)	–	3 (3,7)
Панкреатит	1 (1,4)	–	1 (1,3)
Всего	47 (65,3)	3 (42,9)	50 (63,3)

При отсутствии признаков перитонита всем долгожителям, больным ОХ, лечение начиналось с консервативных мероприятий: проведение инфузионно-спазмолитической терапии; назначение (эмпирически) антибактериальной терапии (цефалоспорины III и IV поколений); мероприятия по коррекции и устранению признаков декомпенсации сопутствующей патологии. Положительный эффект от проводимого консервативного лечения достигнут у семи пациентов (8,9 %).

Большинству долгожителей (51 человек – 70,8 %) хи-

рургические вмешательства чаще всего проведены в сроки, превышающие 12 ч после поступления в стационар. В экстренном порядке и срочно оперированы пациенты с признаками перитонита.

Объем операции, выполняемой долгожителям в связи с ОХ, выбирался согласно TG13 с учетом тяжести состояния пациентов, масштабы и последствий ранее перенесенных хирургических вмешательств на органах брюшной полости, осложнений в зоне хирургического вмешательства (табл. 3).

Таблица 3. Виды хирургических вмешательств, выполненных пациентам-долгожителям при верификации ОХ (согласно TG13)

Виды хирургических вмешательств	Число наблюдений			Всего
	Степени тяжести острого холецистита			
	I	II	III	
Пункция желчного пузыря под УЗ-навигацией	–	–	5	5
Дренирование желчного пузыря под УЗ-навигацией	–	7	16	23
Пункция перивезикального абсцесса под УЗ-навигацией	–	–	2	2
Дренирование перивезикального абсцесса под УЗ-навигацией	–	1	1	2
Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ)	–	20	7	27
ЛХЭ+дренирование холедоха	–	6	1	7
Холецистэктомия (традиционная)	–	–	1	1
Холецистэктомия + дренирование холедоха	–	–	5	5
ЛХЭ + эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография	–	1	–	1
Транспеченочное дренирование желчных путей	–	1	–	1
ЭРХПГ+ЭПСТ	–	2	–	2
Вскрытие перивизикального абсцесса	–	–	1	1
Стентирование панкреатического протока	–	1	–	1
Итого	–	39	39	78

В восьми случаях (11,6 %) больным-долгожителям выполнялись этапные операции: пункция перивезикального абсцесса с последующим дренированием желчного пузыря – 1; пункция и последующее дренирование желчного пузыря – 1; дренирование желчного пузыря с пункцией и дренированием перивезикального абсцесса – 1; пункция желчного пузыря с последующей ЛХЭ – 1; пункция желчного пузыря с последующей традиционной холецистэктомией и дренированием холедоха – 1; стентирование панкреатического протока с последующим транспеченочным дренированием желчных путей – 1; вскрытие перивезикального абсцесса с последующим дренированием желчного пузыря под УЗИ – 1; ЛХЭ с одновременным

ЭРХПГ+ЭПСТ – 1. Этапные операции проводились вследствие отягощенного течения ОХ и тяжести состояния пациентов.

Осложнения в послеоперационном периоде констатированы у 26 больных (37,7 %), нередко отмечалось сочетание осложнений у пациентов-долгожителей ГВВ, проходивших лечение по поводу ОХ в 2015–2022 гг.: ИОХВ-I – 2; желчеистечение – 4; миграция дренажа – 3; абсцесс брюшной полости – 2; панкреатит – 4; кровотечение из области БДС – 1; пневмония бактериальная – 11; пневмония вирусная (COVID) – 1; нарушение ритма – 4; антибиотик-ассоциированный колит – 2; острая задержка мочи – 2; сепсис – 4;

ОИМ – 1; ОНМК – 2; ТЭЛА – 1; спонтанный пневмоторакс – 1; всего – 45.

Летальный исход констатирован у 21 больного, частота случаев общей летальности составила 26,6 %. У семи пациентов консервативного лечения сопровождалось положительными результатами (без летальных исходов). После

операции умерли 18 больных (показатель послеоперационной летальности составил 26,1 %).

У трех пациентов диагноз острого деструктивного холецистита выставлен по результатам патологоанатомического вскрытия. Показатель послеоперационной летальности коррелировал с тяжестью ОХ (табл. 4).

Таблица 4. Распределение случаев летальных исходов с учетом степени тяжести ОХ

Тяжесть ОХ (согласно TG 13)	Число наблюдений ОХ при лечении (выписаны/умерли)		Всего (n = 79)
	Консервативное (n = 10)	Хирургическое (n = 69)	
Grade I	4/–	–/–	4/–
Grade II	3/–	29/8	22/8
Grade III	–/3	22/10	22/13
Итого	7/3	51/18	58/21

Основными причинами смерти оказывались: интоксикация, полиорганная недостаточность, декомпенсация сердечно-сосудистой деятельности.

Заключение

Острый холецистит – нередкая патология, выявляемая в группе пациентов, возраст которых превышает 90 лет, обратившихся за МедП в случаях острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Данные исследования позволяют констатировать, что у долгожителей преобладают калькулезные формы заболевания. Диагностика ОХ у долгожителей представляет определенные трудности. Операции по поводу ОХ сопровождаются повышенной частотой послеоперационных осложнений и, соответственно, более высокими показателями летальности. Длительный анамнез желчнокаменной болезни и значительные показатели неудовлетворительных результатов лечения позволяют рекомендовать специалистам проведение в отношении долгожителей активной тактики диспансерного наблюдения за больными со своевременным выполнением холецистэктомии в плановом (санитрующем) порядке. Долгожители с потенциальным риском формирования ОХ должны находиться под постоянным наблюдением врачей общей практики и хирургов, а также других так называемых узких специалистов согласно профилям оказания МедП (по тематикам сопутствующих заболеваний) при обязательном участии в курации пациентов гериатров.

Сделаны следующие выводы:

1. Клиническая картина ОХ у долгожителей отмечается скрытым течением и атипичными проявлениями, что должно учитываться при обследовании данной возрастной когорты пациентов.
2. Всем долгожителям, госпитализируемым с подозрением на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости для диагностики (исключения) ОХ, кроме клинического обследования, в обязательном порядке необходимо выполнять минимальный стандарт специальных исследований органов брюшной полости: общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, общий анализ, обзорную рентгенографию груди и живота, УЗИ органов брюшной полости с обязательной оценкой состояния больных хирургом (по показаниям – специалистами других профилей медицинской деятельности).
3. Для достижения адекватной тактики оказания МедП в отношении долгожителей, больных ОХ, целесообразно придерживаться критериев, отраженных в Токийском соглашении хирургов (TG13).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Этическая экспертиза. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.

Ethics approval. The study was approved by the Local Ethics Committee.

Информированное согласие. Пациентами подписано информированное согласие на публикацию данных, полученных в результате исследований.

Informed consent. All patients signed informed consent for publication of data from the studies.

Список литературы / References

1. World Population Prospects: The 2017 Revision. Available from: <https://www.un.org/ru/desa/world-population-prospects-2017-revision> (accessed: 17.06.2024).
2. Глушков Н. И., Семенов К. В., Мовчан К. Н. и др. О частоте приоритетных нозологических форм острого живота у долгожителей. «Джанелидзе-ские чтения – 2024»: Сборник научных трудов научно-практической конференции, 5–7 марта 2024 г., Санкт-Петербург, Россия. СПб: Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джanelidze, 2024. С. 175–177. [Glushkov N. I., Sementsov K. V., Movchan K. N., et al. On the frequency of priority nosologic forms of acute abdomen in long-livers. "Janelidzevskie readings – 2024": Collection of scientific papers of the scientific-practical conference, 5–7 March 2024, St. Petersburg, Russia. St. Petersburg: St. Petersburg Research Institute of Emergency Aid named after I. I. Janelidze, 2024, pp. 175–177. (In Russ.).]
3. Мануковский В. А., Барсукова И. М., Дубикайтис П. А. и др. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях ор-

ганов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2021 год. СПб: Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, 2022. С. 20 [Manukovsky V. A., Barsukova I. M., Dubikaitis P. A., et al. Information materials on emergency surgical care for acute surgical diseases of abdominal cavity organs in St. Petersburg for 2021. St. Petersburg: St. Petersburg Research Institute of Ambulance named after I. I. Janelidze, 2022, p. 20. (In Russ.)].

4. Ислотов Н. К., Жулбеков К. И., Сатторов А. Х., Абдулсаидов С. К. Послеоперационная смертность при остром холецистите. *Journal the Coryphaeus of Science*. 2024;6(1):146–153. [Islomov N. K., Zhulbekov K. I., Sattorov A. Kh., Abdulsaidov S. K. Postoperative mortality in acute cholecystitis. *Journal the Coryphaeus of Science*. 2024;6(1):146–153. (In Russ.)].
5. Горошко Н. В., Пацала С. В. Феномен долгожительства в структуре глобального народонаселения. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2023;69(3):8. [Goroshko N. V., Patsala S. V. Phenomenon of longevity in the structure of global population. *Social Aspects of Population Health*. 2023;69(3):8. (In Russ.)].
6. Ильницкий А. Н., Прошаев К. И., Матейовска-Кубешова Х., Коршун Е. И. Возрастная жизнеспособность в геронтологии и гериатрии (обзор). *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2019;5(4):102–116. DOI: 10.18413/2658-6533-2019-5-4-0-8 [Ilitsky A. N., Proshchayev K. I., Matejovska-Kubesova H., Korshun E. I. Age-related vitality in gerontology and geriatrics (review). *Scientific results of biomedical research*. 2019;5(4):102–116. DOI: 10.18413/2658-6533-2019-5-4-0-8. (In Russ.)].
7. Krause O., Junius-Walker U., Wiese B., Hager K. Werden selbst geriatrische Patienten immer älter und älter? Veränderung der Altersstruktur geriatrischer stationär behandelter Patienten im Verlauf zweier Dekaden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2018;51:81–84. DOI: 10.1007/s00391-016-1162-6.
8. Yokoe M., Takada T., Strasberg S. M., et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences*. 2013;20:35–46.

Поступила 22.02.2025

Принята 04.03.2025

Опубликована 12.05.2025

Received 22.02.2025

Accepted 04.03.2025

Publication 12.05.2025

Авторы

Глушков Николай Иванович – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой, Заслуженный врач РФ, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации; Госпиталь для ветеранов войн, Санкт-Петербург, Россия, nikolay.glushkov@szgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8146-4728>

Мовчан Константин Николаевич – д-р мед. наук, профессор, заведующий отделом по организации экспертизы качества медицинской деятельности, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здра-

воохранения Российской Федерации; Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург, Россия, movchank@spbmiac.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5969-9918>

Горшенин Тимофей Леонидович – д-р мед. наук, доцент, профессор, заместитель начальника госпиталя по хирургии, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации; Госпиталь для ветеранов войн, Санкт-Петербург, Россия, tgorshenin@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-0079-4849>

Гугалев Григорий Сергеевич – заведующий отделом КМП, Госпиталь для ветеранов войн, соискатель Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, gugalev@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-8372-2727>

Семенов Константин Валерьевич – д-р мед. наук, доцент, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, konstantinsementsov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1056-3168>

Кветный Михаил Борисович – канд. мед. наук, доцент, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, mikhael.kvetnyi@szgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5822-1779>

Андрусенко Анастасия Владимировна – канд. мед. наук, доцент, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, A.Andrusenko@szgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6399-6963>

Ярцев Максим Михайлович – эксперт, Медицинский информационно-аналитический центр; Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, max.ul2008@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1570-8856>

Authors

Glushkov Nikolay Ivanovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov of Ministry of Health of the Russian Federation; Hospital for War Veterans, St. Petersburg, Russia, nikolay.glushkov@szgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8146-4728>

Movchan Konstantin Nikolaevich – Doctor of Medical Sciences, professor, head of department for organisation of medical activity quality expertise, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov of Ministry of Health of the Russian Federation; Medical Information and Analytical Centre, St. Petersburg, Russia, movchank@spbmiac.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5969-9918>

Gorshenin Timofey Leonidovich – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor, Deputy Head of Hospital for Surgery, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov of Ministry of Health of the Russian Federation; Hospital for War Veterans, St. Petersburg, Russia, tgorshenin@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0000-0079-4849>

Gugalev Grigory Sergeevich – Head of the department of KMP, Hospital for War Veterans, co-researcher, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov of Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia, gugalev@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0000-8372-2727>

Sementsov Konstantin Valerievich – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov of Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia, konstantinsementsov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1056-3168>

Kvetnyi Mikhail Borisovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov of Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia, mikhail.kvetnyi@szgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5822-1779>

Andrusenko Anastasia Vladimirovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov of Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia, A.Andrusenko@szgmu.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6399-6963>

Yartsev Maxim Mikhailovich – Expert, Medical Information and Analytical Centre; North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov of Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia, max.ul2008@rambler.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1570-8856>